
CONDICIONES GENERALES

El presente documento contiene las Condiciones Generales del producto denominado:

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES

El cual se registrará por las cláusulas que aparecen a continuación:

Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., cédula jurídica número 3-101-619800, debidamente representada por su Apoderado General, mediante la presente hace constar que en caso que se produzca un Evento cuyo riesgo este cubierto, se obliga a dar cumplimiento a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza, la cual está conformada por la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, Condiciones Particulares o Carátula y el Certificado Individual de Seguro, así como cualquier enmienda o modificación registrada y autorizada por la Superintendencia General de Seguros ("SUGESE").

Matilde Asturias Ekenberg

Apoderada General

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



ÍNDICE

CLÁUSULA 1.	DEFINICIONES:.....	4
CLÁUSULA 2.	BASES DEL CONTRATO	7
CLÁUSULA 3.	COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO	8
CLÁUSULA 4.	COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES	8
CLÁUSULA 5.	COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:	8
CLÁUSULA 6.	COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN CONDICIONES ESPECIALES:	9
CLÁUSULA 7.	COBERTURA ADICIONAL PARA GASTOS FUNERARIOS:	9
CLÁUSULA 8.	COBERTURA ADICIONAL DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL:	10
CLÁUSULA 9.	COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO EXTENDIDA A LA FAMILIA:.....	10
CLÁUSULA 10.	BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE	11
CLÁUSULA 11.	BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL:	11
CLÁUSULA 12.	BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL:	12
CLÁUSULA 13.	BENEFICIO DE ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE FALLECIMIENTO PARA GASTOS FUNERARIOS:	13
CLÁUSULA 14.	SUMA ASEGURADA	13
CLÁUSULA 15.	PERÍODO DE CARENCIA	14
CLÁUSULA 16.	DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA	14
CLÁUSULA 17.	EXCLUSIONES	14
CLÁUSULA 18.	BENEFICIARIOS	17
CLÁUSULA 19.	OBLIGACIONES DE LAS PARTES	19
CLÁUSULA 20.	OBLIGACIONES DEL TOMADOR.....	19
CLÁUSULA 21.	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO.....	20
CLÁUSULA 22.	OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO.....	20
CLÁUSULA 23.	OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO	20
CLÁUSULA 24.	TARIFA DE SEGURO	20
CLÁUSULA 25.	PRIMAS	21
CLÁUSULA 26.	PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS	21
CLÁUSULA 27.	PERIODO DE GRACIA	21
CLÁUSULA 28.	DEVOLUCIÓN DE PRIMAS	21
CLÁUSULA 29.	PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO	22
CLÁUSULA 30.	VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA.	26
CLÁUSULA 31.	VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO	27

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



CLÁUSULA 32.	TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA	27
CLÁUSULA 33.	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO	27
CLÁUSULA 34.	CONDICIONES VARIAS	28
CLÁUSULA 35.	CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN	28
CLÁUSULA 36.	ACEPTACIÓN DE RIESGO	28
CLÁUSULA 37.	ELEGIBILIDAD	28
CLÁUSULA 38.	INCLUSIÓN DE ASEGURADOS.....	29
CLÁUSULA 39.	REPORTES DE ASEGURADOS CON MOTIVO DE PRÓRROGA.	29
CLÁUSULA 40.	REGISTRO DE ASEGURADOS	29
CLÁUSULA 41.	AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA	29
CLÁUSULA 42.	NULIDAD DE LA PÓLIZA	31
CLÁUSULA 43.	RECTIFICACIÓN	31
CLÁUSULA 44.	COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	31
CLÁUSULA 45.	COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR	31
CLÁUSULA 46.	COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN	32
CLÁUSULA 47.	RECTIFICACIÓN DE LA EDAD	32
CLÁUSULA 48.	MONEDA Y TIPO DE CAMBIO.....	32
CLÁUSULA 49.	CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN	32
CLÁUSULA 50.	TRASPASO O CESIÓN	32
CLÁUSULA 51.	PRESCRIPCIÓN	32
CLÁUSULA 52.	LEGISLACIÓN APLICABLE.....	32
CLÁUSULA 53.	PLAZO DE RESOLUCIÓN	32
CLÁUSULA 54.	IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIÓN	33
CLÁUSULA 55.	CONTROVERSIAS	33
CLÁUSULA 56.	INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA.....	33
CLÁUSULA 57.	COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES.....	33

Cláusula 1. DEFINICIONES:

Para todos los efectos, los términos, palabras y frases que adelante se indican, tendrán las siguientes definiciones:

- a. **Accidente:** Todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado violentamente por medios externos, que afecte el organismo del Asegurado causándole la muerte o provocándole lesiones corporales traumáticas, y que se manifiesten por heridas visibles o contusiones internas que puedan ser determinadas por un médico. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración se considera Accidente: La asfixia o intoxicación por vapores o gases, la intoxicación o envenenamiento por ingestión de alimentos en mal estado, la hidrofobia y la picadura o mordedura de ofidios.
- b. **Asegurado:** Es la persona física que en si misma está expuesta al riesgo, y sobre cuya vida o integridad la Compañía asume los riesgos de Fallecimiento, Incapacidad Total y Permanente (ITP), Muerte Accidental, Desmembramiento por Causa Accidental, Muerte Accidental en Condiciones Especiales, Gastos Funerarios, Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental, Enfermedad Terminal, los cuales se individualizan expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza y Certificados Individuales de Cobertura.
- c. **Asegurado Principal:** Es aquel que siendo parte del Grupo Asegurable y elegible para ser incluido en el Grupo Asegurado es aceptado por la Compañía, y se individualiza expresamente en el Certificado Individual de Cobertura de la Póliza. Para que una persona física sea Asegurado Principal, su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía.
- d. **Asegurado Dependiente:** Es aquel que forma parte del Grupo Familiar de un Asegurado Principal en esta Póliza, y que para efectos de esta Póliza se entiende exclusivamente como el cónyuge o conviviente y los hijos biológicos o adoptivos que se encuentren dentro de los límites de edad establecidos en la Cláusula 23. del presente contrato. Para que una persona física se considere Asegurado Dependiente su solicitud debe haber sido aceptada por la Compañía.
- e. **Beneficiario:** Es la persona física o jurídica designada por el Asegurado como titular del derecho a las prestaciones contratadas en esta Póliza cuando se produzcan los hechos cuyos riesgos son objeto de las coberturas contratadas. En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal.
- f. **Carencia (período de):** Es el período de tiempo, con posterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado a la Póliza, durante el cual no se ampara la reclamación.
- g. **Compañía o Aseguradora:** Se entiende por Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A., una sociedad legalmente constituida de conformidad con las leyes de la República de Costa Rica que ejerce la actividad aseguradora mediante la autorización administrativa otorgada por la Superintendencia General de Seguros, y es quien suscribe la Póliza con el Tomador o Contratante y asume, mediante el cobro de la Prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del presente contrato.
- h. **Disputabilidad (período de):** Es el período de tiempo durante el cual la Compañía puede negar sus prestaciones o impugnar esta Póliza alegando la existencia de Enfermedades Preexistentes o Anteriores del Asegurado no declaradas por él o declaradas de manera reticente o inexacta. Transcurrido este plazo, la Compañía sólo gozará de esa facultad en el caso que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente. Para efectos de la presente Póliza el Período de Disputabilidad se establece en la Cláusula 32 del presente contrato.
- i. **Desmembramiento:** Es la amputación o inhabilitación funcional total e irreparable de un órgano o miembro del Asegurado o parte de este, en forma tal que el Asegurado no puede volver a desarrollar ninguna de las funciones naturales del mismo.
- j. **Edad:** Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado más trescientos sesenta y cuatro días (364).

- k. **Edad Máxima de Cobertura:** Es la edad máxima que puede tener un Asegurado para poder tener derecho a los beneficios establecidos en la Póliza. Tratándose de los Asegurados Dependientes hijos del Asegurado que forman parte del Grupo Familiar, la edad máxima de Cobertura en esta Póliza es de veintitrés (23) años.
- l. **Enfermedades Preexistentes o Anteriores:** Es cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia que afecte o haya afectado al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación a la Póliza.
- m. **Enfermedad Terminal:** Para todos los efectos del presente documento, es aquella enfermedad de carácter progresivo diagnosticada por un Médico especialista. Para efectos de la presente Póliza, las únicas Enfermedades Terminales cubiertas serán las que se especifican a continuación: Adenocarcinoma de Páncreas, Alteraciones glicosilación proteica, Amiloidosis, Aplasia medular grave (constitucional o adquirida), Carcinoma de células renales, Carcinoma Hepatocelular (CHC), Cardiopatías con disfunción cardiaca y clase funcional III-IV, Cardiopatías congénitas con hipertensión pulmonar, Condrodisplasia punctata, Condrosarcoma, Cordoma, Encefalitis límbica, Encefalomiелitis aguda diseminada, Encefalopatías epilépticas, Enfermedad de Dent, Enfermedad de Refsum, Esclerodermia sistémica, Esclerosis múltiple, Fibrisarcoma, Fibrosis quística, Hemagiosarcoma, Hemoglobinopatías constitucionales graves, Hemosiderosis pulmonar, Hepatitis B, Hepatopatía grave, Enfermedad tromboembólica crónica, Hipomagnesemia con hipercalciuria y nefrocalcinosis, Lesión medular severa, Leucemia aguda no linfoblástica, Leucemia linfoblástica aguda, Linfoma de Hodgkin, Lupus eritematoso sistémico, Nefrocalcinosis, Neutropenias constitucionales graves, Osteosarcoma, Polineuropatía crónica desmielinizante, Proteinosis alveolar, Sarcoidosis, Sarcoma de Ewings, Sarcomas de tejidos blandos, Síndrome de HiperIgE, Síndromes de disregulación inmune y linfoproliferación, Traumatismo craneoencefálico severo e irreversible, Tumor de Wilms, Tumores de células germinales en Estadio IV, Tumores renales Cromófbos.
- n. **Evento:** La ocurrencia de un hecho generador del fallecimiento, la Incapacidad Total y Permanente o Temporal, o el Desmembramiento, o Enfermedad Terminal del Asegurado o de su Grupo Familiar.
- o. **Forma de Pago de la Prima:** Es el método aceptado por la Compañía y que puede utilizar el Tomador para el pago de la prima, que puede ser cualquiera de las siguientes formas: efectivo, cheque, transferencia bancaria, tarjeta débito, y tarjeta crédito. Todo pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador dentro del Plazo de Gracia que adelante se indica.
- p. **Gastos Funerarios:** La suma que en caso de fallecimiento del Asegurado Principal deben cancelar los Beneficiarios de la Póliza por la prestación de los servicios funerarios del Asegurado Principal, y que para efectos de la presente Póliza incluyen exclusivamente: el valor del cofre funerario, el valor del servicio de tanatología, el valor del servicio religioso, el valor del transporte del difunto dentro del perímetro urbano del sitio donde falleció, y el valor del transporte de los deudos en vehículo colectivo alquilado desde el centro religioso hasta el lugar de sepultura el día del servicio funerario.
- q. **Grupo Asegurable:** Se entenderá que el Grupo Asegurable está constituido por todas las personas físicas que pertenezcan al grupo que representa el Contratante, que en su conjunto formen un grupo de personas con un propósito distinto al de contratar el seguro de vida y que a su vez reúnan individualmente los requisitos de Elegibilidad establecidos en esta Póliza. Si el Tomador solicita la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia, este grupo será ampliado al Grupo Familiar de cada Asegurado Principal.

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



- r. **Grupo Asegurado:** Se entenderá que el Grupo Asegurado lo integran las personas físicas que perteneciendo al Grupo Asegurable, hayan sido aceptadas por la Compañía y aparezcan inscritas en el Registro de Asegurados de esta póliza.
- s. **Grupo Familiar:** Se entenderá que para efectos de esta Póliza el Grupo Familiar lo integran el conyugue, conviviente o compañera(o) permanente y los hijos del Asegurado Principal mayores de treinta días (30) y menores de veintitrés años (23) dependientes económicamente del Asegurado Principal.
- t. **Incapacidad Total Temporal:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), de manera que temporalmente le impide desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente Póliza, por extensión y aclaración también se considera Incapacidad Total Temporal la incapacidad mental absoluta y temporal del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS).
- u. **Incapacidad Total y Permanente:** Es la pérdida de la capacidad orgánica o funcional del Asegurado en más de un sesenta y cinco por ciento (65%), lo que le impide de manera permanente desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual. Debe haberse producido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza para el Asegurado Principal, y ser clínicamente determinable por alteración o debilitamiento importante de su estado físico o mental. Para efectos de la presente póliza, por extensión y aclaración también se considera como Incapacidad Total y Permanente la pérdida anatómica y funcional con o sin amputación de ambas manos a nivel de la muñeca, de ambos pies a nivel del tobillo, de una mano a nivel de la muñeca y de un pie a nivel del tobillo, la pérdida total e irrecuperable de la visión por ambos ojos y la enajenación mental absoluta e irrecuperable del Asegurado Principal. La temporalidad o permanencia de la incapacidad será definida por un especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS.
- v. **Infección Oportunista:** Es una enfermedad causada por un patógeno que habitualmente no causa patologías en personas con un sistema inmune sano.
- w. **Las Partes:** Para efectos de la presente Póliza se consideran: la Compañía y el Tomador.
- x. **Lesiones Calificadas:** Daño o detrimento en la morfología o estructura de una parte del cuerpo humano, producido por un Accidente, que para efecto de la presente póliza se encuentran relacionadas en la Cláusula 13 en la "TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO" de esta Póliza, y que debe ser determinado por un Doctor en Medicina autorizado legalmente para el ejercicio de la profesión y calificado para diagnosticar y definir el tratamiento a seguir por el paciente.
- y. **Neoplasma Maligno:** Son las enfermedades en donde hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos.
- z. **Periodicidad del Pago de la Prima:** Es el momento o frecuencia con la que el Tomador se obliga a realizar el pago de la Prima. Para efectos de esta Póliza, el pago de la Prima puede hacerse de forma total contra entrega de la Póliza, o bien de forma Mensual, Trimestral, Semestral o Anual. La Periodicidad del Pago de la Prima la determina el Tomador y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- aa. **Póliza o Contrato de Seguro:** Es el documento o conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de éste los siguientes: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Inclusión como

Asegurado, la Solicitud de Seguro, el Certificado Individual de Cobertura, y el Formulario de Solicitud de Modificación de Beneficiarios. Los anteriores documentos contienen datos esenciales para la apreciación del riesgo. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares.

- bb. **Prima:** Es la suma de dinero que deberá satisfacer el Tomador del seguro en contraprestación por la cobertura de riesgo para cada Asegurado objeto del presente contrato.
- cc. **Rango de Aceptación:** Para efectos de la presente Póliza se establece como edad mínima de ingreso a esta Póliza para el Asegurado Principal y su cónyuge, conviviente o compañera(o) permanente como Asegurado Dependiente los dieciocho (18) años y para los hijos como Asegurados Dependientes treinta (30) días; y la edad máxima de ingreso a esta Póliza para el cónyuge, conviviente o compañera(o) permanente como Asegurado Dependiente los sesenta y cinco (65) años y para los hijos como Asegurados Dependientes los veintitrés (23) años.
- dd. **Salario Líquido:** Salario neto del trabajador después de deducir todas las cargas, deducciones e impuestos que por ley aplican.
- ee. **SIDA:** Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, o la fase clínica tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El agente infeccioso es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y se reconocen dos tipos, el VIH-1 y el VIH-2. Para efectos de la presente póliza también se considera SIDA la encefalopatía decretada médicamente, la demencia por Virus de la inmunodeficiencia Humana decretada médicamente y el síndrome de desgaste por Virus de Inmunodeficiencia Humana V.I.H. decretado médicamente. Igualmente y para efectos de esta Póliza se considera una persona enferma de SIDA tanto la que está efectivamente infectada como la portadora latente del virus de la inmunodeficiencia humana VIH o V.I.H.
- ff. **Siniestro:** Es la ocurrencia del hecho futuro, ajeno a la voluntad del Asegurado que, amparado por la presente Póliza, obliga a la Compañía al pago de la Suma Asegurada o a la prestación prevista en el contrato.
- gg. **Suicidio:** Acción o conducta voluntaria con la intención de terminar con su propia vida, la cual será determinada por la autoridad judicial competente.
- hh. **Suma Asegurada:** Es el valor que define el Tomador en las Condiciones Particulares para cada Asegurado, cuyo importe es la cantidad que está obligada a pagar la Compañía en caso de Siniestro.
- ii. **Suma Máxima Asegurada:** Es el valor máximo que, en caso de un siniestro amparado, se obliga a pagar la Compañía al Asegurado o a los Beneficiarios de este por cada Cobertura. Este valor lo define el Tomador o Contratante y se establece en el Certificado Individual de Cobertura de la presente Póliza.
- jj. **Tabla de Tarifas:** Es la tabla que se incluye en las Condiciones Particulares de esta Póliza en la que se indican los valores por los cuales deberá multiplicarse la Suma Asegurada para determinar la Prima de cada Asegurado, la cual se define en función de los elementos estadísticos, históricos de salud y actuariales de cada sub – grupo etario que conforma el Grupo Asegurado.
- kk. **Tomador o Contratante:** Es la persona física o jurídica que suscribe la Póliza con la Compañía en representación del Grupo Asegurado.

Cláusula 2. BASES DEL CONTRATO

Los únicos documentos contractuales que constituyen esta Póliza y por ende son válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes son: la Solicitud de Seguro, la Solicitud de Inclusión como Asegurado, las Condiciones Generales y Particulares del Contrato y el Certificado Individual de Cobertura. En caso de divergencia o contradicción entre alguno de los anteriores documentos,

prevalecerá lo que indiquen las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, y en caso de divergencia o contradicción entre estos últimos, prevalecerán las Condiciones Particulares sobre las Condiciones Generales.

Cláusula 3. COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO

En caso que un Asegurado Principal fallezca, la Compañía pagará al Beneficiario que corresponda la Suma Asegurada de la cobertura, la cual se estipula en las Condiciones Particulares de esta Póliza. La Cobertura Básica de Fallecimiento se pagará siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido. Una vez que ocurra el fallecimiento del Asegurado Principal terminarán automáticamente todas las coberturas y beneficios tanto para el Asegurado Principal como para la totalidad de su respectivo Grupo Familiar.

Cláusula 4. COBERTURAS Y BENEFICIOS ADICIONALES

El Tomador del seguro podrá solicitar la inclusión a la Póliza de cualquiera de las Coberturas y Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica de Fallecimiento los cuales se detallan a continuación, y estarán amparadas exclusivamente aquellas que se detallan como cubiertas en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura. Los Beneficios que abajo se detallan (VI., VII., y VIII.) serán otorgados al Asegurado Principal sin costo alguno para él o el Tomador, según las condiciones que se establecen en este clausulado para cada uno de ellos:

- I. Cobertura Adicional por Muerte Accidental;
- II. Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales;
- III. Cobertura Adicional para Gastos Funerarios;
- IV. Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental;
- V. Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia;
- VI. Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;
- VII. Beneficio por Desmembramiento por Causa Accidental;
- VIII. Beneficio por Enfermedad Terminal;
- IX. Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica de Fallecimiento para Gastos Funerarios.

Las Coberturas y Beneficios Adicionales son de libre elección para el Tomador de la Póliza y se especifican en las Condiciones Particulares y Certificados Individuales de Cobertura de la misma. Las Coberturas y Beneficios Adicionales entrarán en vigencia una vez la Compañía haya aceptado el riesgo para cada una de una de las Coberturas y Beneficios Adicionales. Estas Coberturas y Beneficios Adicionales se pagarán siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que el Siniestro ocurra durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que el Siniestro no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 5. COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL:

Esta cobertura es opcional por lo cual cubrirá a la totalidad de Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la “Solicitud de Seguro”, sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente. El pago de esta cobertura es adicional al pago de la Suma Asegurada por concepto de la cobertura Básica de Fallecimiento. En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán

completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 6. COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN CONDICIONES ESPECIALES:

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales. La Compañía pagará a los Beneficiarios la Suma Asegurada para esta cobertura adicional, según lo que se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, en caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente y fallezca dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia de dicho Accidente; siempre y cuando el Accidente ocurra en las siguientes condiciones especiales:

- 1) Mientras viajaba por tierra como pasajero en cualquier vehículo a motor de transporte público de empresa legalmente establecida y en ruta regular,
- 2) Mientras hacía uso de un ascensor de pasajeros,
- 3) A causa de un incendio en cualquier teatro, cine, hotel o edificio público en el que se encontraba el Asegurado Principal al comienzo del incendio.

El pago de esta cobertura es adicional al pago de las Sumas Aseguradas por concepto de las coberturas Básica de Fallecimiento y Adicional por Muerte Accidental y de ser solicitada por Tomador, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO.

Cláusula 7. COBERTURA ADICIONAL PARA GASTOS FUNERARIOS:

Esta cobertura es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro".

En caso que el Asegurado Principal fallezca de forma natural o accidental, la Compañía pagará a los Beneficiarios, en adición a la Cobertura Básica de Fallecimiento, los Gastos Funerarios en que hayan incurrido los Beneficiarios, que se encuentren debidamente demostrados mediante la presentación de las correspondientes facturas originales y hasta la Suma Asegurada establecida para esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza. Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de dos mil dólares (US\$2.000) moneda de curso legal de los Estados Unidos o su equivalente en colones, para lo cual deberán seguir el dicho procedimiento de reclamación o siniestro.

Esta Cobertura, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de esta Póliza y en ningún caso la Suma Asegurada podrá ser mayor a cuatro mil dólares (US\$ 4,000.00) moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cláusula 8. COBERTURA ADICIONAL DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL:

Esta cobertura es opcional y sólo será otorgada por la Compañía si el Tomador ha contratado la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales. La Suma Asegurada de esta Cobertura será el cincuenta por ciento (50%) de la Cobertura Básica de Fallecimiento.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total Temporal debidamente diagnosticada por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le pagará al Asegurado Principal o a su representante en forma mensual y consecutiva una suma igual a su Salario Líquido Mensual vigente a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada para esta cobertura, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero. En caso que el Asegurado no perciba un Salario Mensual de forma regular, la Compañía pagará al Asegurado en forma mensual, consecutiva una suma equivalente a cinco (5) Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes en Costa Rica establecidos para la categoría de "Trabajadores Calificados" a la fecha del Accidente que le causó la Incapacidad Total Temporal, hasta agotar la suma asegurada, fallezca o tenga conocimiento de la terminación de su incapacidad, lo que ocurra primero.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Cobertura de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental.

Una vez que la Incapacidad Total Temporal termine ya sea porque los efectos o dolencias han desaparecido o bien porque un médico así lo determina, el Asegurado deberá dar aviso inmediato a la Compañía sobre el cambio de su estado de salud y terminación de la incapacidad; simultáneamente la Compañía suspenderá el pago de las correspondientes mensualidades.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 9. COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO EXTENDIDA A LA FAMILIA:

Esta cobertura es opcional y cubrirá únicamente a los Miembros del Grupo Familiar de la totalidad del Grupo Asegurado en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para cada Asegurado Principal.

En caso que fallezca uno de los Miembros del Grupo Familiar del Asegurado Principal, establecidos como tales en el Registro de Asegurados, la Compañía le pagará al Asegurado Principal, una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) de la Cobertura Básica de Fallecimiento establecida en las Condiciones Particulares de Póliza. Esta cobertura se limita a un solo Siniestro, y con posterioridad inmediata al pago de esta Suma Asegurada, la presente Cobertura Extendida a la Familia se tendrá por terminada de forma automática.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Dependiente, el Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada para esta Cobertura, para lo cual deberán presentar el original del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente fallecido.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Cobertura Extendida a La Familia.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 10. BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Este beneficio es opcional y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause una Incapacidad Total y Permanente, debidamente diagnosticada por un médico especialista el cual utilizará los parámetros utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal o a su representante la Suma Asegurada establecida para la Cobertura Básica de Fallecimiento, definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, mediante cuatro (4) pagos trimestrales iguales y consecutivas, debiendo realizarse el primer pago al cumplirse tres (3) meses de ocurrido el Accidente. Para que el pago de la presente cobertura proceda, el Asegurado Principal deberá continuar en la misma condición de incapacidad en la fecha en que se haga efectivo el primer pago correspondiente a este Beneficio.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Incapacidad Total y Permanente, y siempre que el Asegurado Principal permanezca vivo e incapacitado total y permanentemente durante el período en el que procede el pago de los cuatro (4) pagos. Si el Asegurado Principal fallece durante el período de pago de las mencionadas cuotas trimestrales, la Compañía procederá al pago de la cuota o cuotas restantes de la suma correspondiente a la Cobertura Básica de Fallecimiento a los Beneficiarios, luego de haber cumplido satisfactoriamente las condiciones establecidas en el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente póliza y definido para el caso de fallecimiento.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada siempre será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando la Compañía haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

Por tratarse de una cobertura adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 11. BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL:

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que el Asegurado Principal sufra un Accidente que le cause un Desmembramiento debidamente diagnosticado por un médico especialista, el cual deberá utilizar los parámetros

utilizados por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la CCSS, la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal el porcentaje de la Suma Asegurada de la Cobertura Adicional por Muerte Accidental, únicamente en los casos de Desmembramiento establecidos en la TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO que se detalla a continuación:

TABLA DE BENEFICIOS POR DESMEMBRAMIENTO:

- i. Por la Pérdida Total y Definitiva de la visión de los dos (2) ojos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- ii. Por la Pérdida de ambas manos: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iii. Por la Pérdida de ambos pies: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- iv. Por la Pérdida de una mano y un pié: cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada.
- v. Por la Pérdida de una mano o un pié: el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada.
- vi. Por la Pérdida Total y Definitiva de la audición o del habla: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.
- vii. Por la Pérdida total y definitiva de la visión de un (1) ojo: el treinta y cinco por ciento (35%) de la Suma Asegurada.
- viii. Por la Pérdida de los dedos índice y pulgar de una misma mano: el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada.

Para efectos de esta Póliza, la pérdida con relación a las manos y los pies se entenderá como la amputación o pérdida funcional total a la altura de la muñeca y del tobillo respectivamente, o arriba de los mismos. En cuanto a los dedos se entenderá por la amputación a la altura de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma. Igualmente, en ningún caso se consideran los alcances de valoración de Incapacidad que establece el Código de Trabajo.

Si en el Accidente el Asegurado Principal sufre varias lesiones simultáneamente, la Compañía adelantará únicamente lo correspondiente al beneficio por el mayor Desmembramiento y hasta un máximo equivalente a la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza.

Cláusula 12. BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL:

Este beneficio es opcional y sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Adicional por Muerte Accidental, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso que al Asegurado Principal se le diagnostique una Enfermedad Terminal la Compañía le **ADELANTARÁ** al Asegurado Principal el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento, definida en las Condiciones Particulares de la Póliza, mediante cinco (5) pagos o cuotas bimensuales (cada dos meses) iguales y consecutivas, siempre que el Asegurador permanezca vivo durante el período en el que procede el pago de los cinco (5) pagos. Si el Asegurado Principal fallece durante el período de pago de las cuotas, la Compañía procederá al pago de la suma restante para este beneficio conjuntamente con el otro cincuenta por ciento (50%) y hasta completar el valor total de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO establecido en la presente Póliza, para el caso específico de Beneficio por Enfermedad Terminal, o bien el de fallecimiento en caso que proceda.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento, establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

El Asegurado gozará de este Beneficio siempre y cuando se den los siguientes supuestos: que la Enfermedad Terminal haya sido diagnosticada durante la vigencia de la Póliza, que el Asegurado se encuentre cubierto por la presente Póliza, y que la Enfermedad Terminal no sea producto de un evento excluido.

Cláusula 13. BENEFICIO DE ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE FALLECIMIENTO PARA GASTOS FUNERARIOS:

Este beneficio es opcional y es excluyente de la **COBERTURA ADICIONAL PARA GASTOS FUNERARIOS** por lo que no se podrán contratar ambas a la vez. De igual forma, este beneficio sólo será otorgado por la Compañía si el Tomador lo ha contratado junto con la cobertura Básica de Fallecimiento, y cubrirá a la totalidad de los Asegurados Principales en caso que así lo haya contratado el Tomador de forma expresa en la "Solicitud de Seguro", sujeto a que la Compañía haya aceptado expresamente ese riesgo para la totalidad de Asegurados Principales.

En caso de fallecimiento del Asegurado y con el propósito de sufragar los gastos derivados del sepelio, la presente cobertura prevé el adelanto de hasta el veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Fallecimiento, sin exceder en ningún caso la suma de cuatro mil dólares moneda del curso legal de los Estados Unidos. El porcentaje o monto estará definido en las Condiciones Particulares del contrato.

En caso de Siniestro, los Beneficiarios y/o familiares interesados deberán completar satisfactoriamente el PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO de la presente Póliza, para el caso específico de Beneficio por Adelanto de la Suma Asegurada para Gastos Funerarios, o bien el de Fallecimiento en caso que proceda.

Por tratarse de un Beneficio, la suma adelantada será descontada de la Suma Asegurada para la Cobertura Básica de Fallecimiento, establecida en las Condiciones Particulares de esta Póliza. Cuando se haya pagado el cien por ciento (100%) de este Beneficio, se cancelará automáticamente el seguro para el Asegurado Principal afectado y sus Asegurados Dependientes.

Por tratarse de un beneficio adicional a la cobertura Básica de Fallecimiento, es de libre elección para el Tomador de la Póliza y de ser solicitada por éste, deberá especificarse en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Cláusula 14. SUMA ASEGURADA

La Suma Máxima Asegurada para las diferentes Coberturas y Beneficios es definida por el Tomador o Contratante de la póliza, y se establece en las Condiciones Particulares de la Póliza, Certificados Individuales de Cobertura y en el último listado de Asegurados incluidos por el Tomador, debidamente aceptados por la Compañía, e incluidos en el Registro de Asegurados que forma parte integral de la presente Póliza. Los aumentos o disminuciones en las Sumas Aseguradas deberán ser solicitados por el Tomador del Seguro a la Compañía conforme a lo establecido en la cláusula de Elegibilidad Individual de esta Póliza.

Cláusula 15. PERÍODO DE CARENCIA

El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura Básica de Fallecimiento, Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia.

a. Suicidio

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

Cláusula 16. DISPUTABILIDAD DE LA PÓLIZA

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

Cláusula 17. EXCLUSIONES

La Cobertura Básica de Fallecimiento, la Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia de esta Póliza de Seguro NO TIENEN exclusiones.

Para las siguientes coberturas de la presente Póliza: Cobertura Adicional por Muerte Accidental, Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

- a. Suicidio, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su**

consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.

b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.

c. Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.

d. Ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;

e. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

f. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.

g. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;

h. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.

i. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.

j. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.

k. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;

l. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;

m. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;

n. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con

anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

Para las siguientes coberturas de la presente póliza: Cobertura Adicional De Renta Mensual Por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Incapacidad Total Y Permanente, Beneficio Adicional por Desmembramiento por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Enfermedad Terminal, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro haya sido caudado por o durante:

- a. Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.**
- b. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.**
- c. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- d. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.**
- e. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;**
- f. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.**
- g. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.**
- h. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.**
- i. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;**
- j. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;**
- k. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;**
- l. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia**

preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

- m. Las siguientes enfermedades propias de la Persona Adulto Mayor y que como tal sean diagnosticadas en el asegurado después de haber cumplido los sesenta y cinco (65) años: afectaciones del sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocefalos, enfermedad de Alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico, o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis y diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multiinfarto o la Corea de Huntington e hipertensión.**

DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO, DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD O DESMEMBRAMIENTO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

Cláusula 18. BENEFICIARIOS

El beneficio de pago de la Suma Asegurada de la Cobertura Básica de Fallecimiento de esta Póliza, así como el pago de la Suma Asegurada de las Coberturas Adicionales por Muerte Accidental y por Muerte Accidental en Condiciones Especiales, será pagado a los Beneficiarios expresamente señalados por el Asegurado que hayan sido registrados en la Póliza antes de la fecha de fallecimiento.

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



En caso que ocurra un Evento cubierto que no produzca el fallecimiento del Asegurado Principal o en el caso del fallecimiento de un Asegurado Dependiente que esté cubierto, el Beneficiario será el mismo Asegurado Principal, o en caso que con posterioridad al evento, el Asegurado Principal haya fallecido o no se encuentre en condiciones físicas o mentales para presentar la correspondiente reclamación, los Beneficiarios serán aquellos que haya designado el Asegurado Principal.

En caso que no designe expresamente a sus Beneficiarios, dicha indemnización será pagada a favor de los Beneficiarios del Asegurado de conformidad con el siguiente orden excluyente entre sí:

- 1) Al consorte o el conviviente en unión de hecho. En caso que el conviviente esté separado legalmente o de hecho, no tendrá derecho a recibir indemnización;
- 2) A falta de Beneficiario establecido en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos del Asegurado;
- 3) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los padres del Asegurado;
- 4) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los abuelos y demás ascendientes legítimos del Asegurado;
- 5) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hermanos del Asegurado;
- 6) A falta de Beneficiarios establecidos en el inciso anterior, la indemnización se le pagará de forma alícuota a los hijos de los hermanos;
- 7) En caso de no existir ninguno de los Beneficiarios anteriores, el pago quedará sujeto al proceso sucesorio respectivo sin reconocimiento de intereses.

Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado podrá modificar los Beneficiarios de esta Póliza, así como la proporción en la que participan, en cualquier momento durante la vigencia de la misma, utilizando el formulario "Solicitud de Modificación de Beneficiarios" establecido para tal fin y suministrado por la Compañía. Dicha modificación surtirá efectos una vez que el Asegurado haga entrega del anterior formulario en las oficinas de la Compañía. En caso que ocurra la muerte del Asegurado y la Compañía pague la indemnización a los Beneficiarios antes indicados o bien los que se encuentren registrados en esta Póliza, con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de Beneficiario realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado a la Compañía con anterioridad a la ocurrencia del Siniestro. La designación, revocación o sustitución de Beneficiarios será un derecho que le corresponderá exclusivamente al Asegurado, quien no podrá delegar o transferir dicho derecho.

En caso que los Beneficiarios deban determinarse mediante un proceso sucesorio en sede Judicial o Notarial, el reclamo se podrá presentar por medio de cualquier interesado debidamente demostrado, sin embargo, según los términos anteriores, el pago respectivo quedará en suspenso hasta que se resuelva lo correspondiente en dicho proceso.

Advertencia: En caso que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque la legislación civil previene la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no considera al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un

contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

Cláusula 19. OBLIGACIONES DE LAS PARTES

Sin perjuicio de las obligaciones que se establecen en la presente Póliza y en la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, el Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios, tendrán las siguientes obligaciones:

Cláusula 20. OBLIGACIONES DEL TOMADOR

Sin que implique intermediación, el Tomador podrá llevar a cabo todos los actos dirigidos a la celebración y ejecución del contrato, su prórroga y modificación lo cual hará en su función de Tomador de un seguro por cuenta ajena, de tal manera que podrá entregar y recibir toda información y documentación, lo cual ha sido debidamente facultado por la Compañía. El Tomador se encuentra obligado a llevar a cabo las siguientes obligaciones:

- a) Con el fin de mantener actualizados los registros de los asegurados, el Tomador del seguro deberá entregar a la Compañía un reporte de variaciones de Asegurados, dicho reporte deberá presentarlo de conformidad con lo establecido en el Registro de los Asegurados, no obstante, si el Tomador del seguro así lo requiere, puede presentar variaciones durante el transcurso de la vigencia del contrato.
- b) Informar a los Asegurados la participación de un intermediario de seguros cuando corresponda.
- c) Informar a los Asegurados si en la intermediación de la póliza participa una sociedad corredora de seguros, e informar si esta actúa como asesor contra prestación de honorarios asumida por el Tomador, así como las obligaciones y responsabilidades de dicha sociedad corredora.
- d) Entregar y recibir todo tipo de información y documentación necesaria para la gestión de la póliza, incluyendo las solicitudes de inclusión, exclusión e informes previos a la fecha de vencimiento.
- e) En caso que el Tomador decida terminar el contrato de forma anticipada, deberá colaborar con la Compañía para informar a los Asegurados con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales de previo a la fecha de finalización, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.
- f) En caso que así se acuerde, deberá recopilar la información para los trámites de reclamos de los Asegurados y reportarlos a la Compañía según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- g) Si la póliza colectiva se da por ocasión del consumo de un bien o servicio principal diferente al aseguramiento, debe informar al Asegurado de forma expresa y clara, si la contratación es obligatoria o si resulta opcional para este.
- h) Pagar la prima dentro de los plazos establecidos.
- i) Elegir la Suma Máxima Asegurada.
- j) **Obligaciones en relación con la Prevención de legitimación de capitales y financiamiento del terrorismo:** De acuerdo con la Ley No. 8204, el Tomador se compromete con la Compañía, a brindar información veraz y verificable por medio del formulario Conozca a su Cliente el cual deberá ser debidamente completado y firmado por el Tomador. Así mismo, se compromete a realizar la actualización de los datos contenidos en dicho formulario, cuando la Compañía solicite la colaboración para tal efecto.

La Compañía se reserva el derecho de cancelar la presente Póliza en caso que el Tomador del seguro incumpla con esta obligación cuando se le solicite, durante la vigencia de la Póliza. En este caso se devolverá la prima no devengada al Tomador del seguro o al Asegurado, según corresponda, dentro de los diez (10) días naturales siguientes contados a partir de la cancelación del contrato.

- k) Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza, salvo aquellas que por su

naturaleza le correspondan al Asegurado.

En caso que exista algún incumplimiento u omisión por parte del Tomador, la Compañía reparará la afectación al Asegurado, con independencia de las acciones que pueda ejercer hacia el Tomador, las cuales no serán oponibles al Asegurado de buena fe.

Cláusula 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

El Asegurado tendrá las siguientes obligaciones:

- a. Pagar la Prima, cuando se establezca bajo la modalidad contributiva;
- b. Proporcionar a la Compañía la información requerida de forma completa y veraz;
- c. Declarar a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por él conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo.
- d. Cualquier otra obligación establecida en la presente Póliza.

Cláusula 22. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

Sin perjuicio que se trata de terceros relevantes para el presente contrato, en su momento el Beneficiario tendrán las siguientes obligaciones:

- a. En caso de siniestro, completar los requisitos establecidos en la CLÁUSULA de "PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO" de la presente Póliza.
- b. Colaborar con la Compañía en las diligencias que requiera el procedimiento de reclamación o siniestro.

Cláusula 23. OBLIGACIÓN DE DECLARAR EL ESTADO DEL RIESGO

Tanto el Tomador como el Asegurado están obligados en declarar de forma completa y veraz a la Compañía todos los hechos y las circunstancias por ellos conocidas y que razonablemente puedan considerar relevantes en la valoración del riesgo, en los formularios "Solicitud de Seguro" y "Solicitud de Inclusión como Asegurado".

Cláusula 24. TARIFA DE SEGURO

La Tarifa de Seguro que se establece para esta Póliza es la que se indica en las Condiciones Particulares y en Certificado de Cobertura del Asegurado. Para su determinación inicial y eventuales prórrogas será calculada tomando en cuenta las variables a considerar tales como a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado y b) Siniestralidad de la póliza.

En caso de prórroga la Compañía podrá ajustar la prima de esta Póliza de conformidad con lo que se establece en la Cláusula de **AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA**.

La Compañía podrá otorgar un descuento por volumen de Personas Aseguradas. Este descuento se establecerá en las Condiciones Particulares y afectarán al Asegurado o al Tomador, según sea quien pague la Prima, de acuerdo a lo establecido en la Cláusula de "CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN".

Descuento por número de Asegurados	
De 0 a 50	0%
De 50 a 100	10%
De 100 a 400	20%
Más de 400	30%

Cláusula 25. PRIMAS

La responsabilidad del pago total de la Prima de cada Asegurado recae exclusivamente sobre el Contratante de la Póliza. Este pago deberá hacerse, según la Periodicidad de Pago establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza y mediante una de las Forma de Pago aceptadas por la Compañía. Todo pago lo hará el Contratante en la oficina principal de la Compañía y/o sus sucursales debidamente establecidas, en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, o en las oficinas de la Sociedad Corredora de Seguros que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza, sujeto a que se cumpla la condición que adelante se indica.

Sin perjuicio de lo anterior, el pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a un Agente de Seguros o a una Sociedad Agencia de Seguros ya sea que actué por nombre y cuenta o solo por su cuenta, se entenderá realizado a la Aseguradora, siempre y cuando dicho intermediario entregue a cambio el recibo oficial de la Compañía.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro a la Sociedad Corredora de Seguros, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del seguro el recibo de prima de la Aseguradora; para que se dé por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Contrato de Seguro, deberá existir la aceptación del riesgo de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía.

Cláusula 26. PAGO DE LA PRIMA Y DESCUENTOS

El pago de la Prima deberá hacerlo el Tomador mediante un pago anual al momento en que la Compañía le notifique su aceptación del riesgo o bien mediante pagos mensuales, trimestrales o semestrales, según se indique en las Condiciones Particulares. Todo pago deberá ser realizado dentro del Periodo de Gracia según se indica adelante. Según sea la Periodicidad de Pago de la Prima que elija el Contratante e indicada en las Condiciones Particulares, la Compañía aplicará descuentos, cuyos montos también se reflejará en las Condiciones Particulares con en base a la siguiente tabla:

Descuento por Pronto Pago	
12 pagos	0%
4 pagos	3%
2 pagos	4%
1 pago	6%

Cláusula 27. PERIODO DE GRACIA

Para el pago de la Prima la Compañía le concede al Contratante un Período de Gracia de quince (15) días naturales que empezará a contar a partir de la fecha de vencimiento de cada uno de los pagos de la Prima según la Periodicidad de Pago pactada entre las partes en las Condiciones Particulares. La fecha de vencimiento del pago de la primera Prima es el momento en que la Compañía acepta el riesgo de forma expresa y por escrita según se establece en la Cláusula “ACEPTACIÓN DEL RIESGO”.

Si durante el Período de Gracia llegaran a ocurrir Siniestros amparados por la presente Póliza, ésta se considerará en vigor y la Compañía pagará la indemnización correspondiente previa cancelación por parte del Tomador del seguro de las Primas pendientes.

Cláusula 28. DEVOLUCIÓN DE PRIMAS

En caso que proceda la devolución de Primas, la Compañía seguirá el siguiente procedimiento, dentro de los plazos establecidos en la presente Póliza:

- a) Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad contributiva las realizará la Compañía al Tomador y al Asegurado Principal en la misma proporcionalidad en la que pagaron la prima.
- b) No Contributiva: La devolución de primas bajo la modalidad no contributiva la realizará la Compañía únicamente al Tomador de la Póliza.

Toda devolución de Primas, ya sea al Tomador o Asegurado según corresponda, deberá ser reclamada en las oficinas de la Compañía diez (10) días naturales después de la fecha en que procede dicha devolución.

Cláusula 29. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIÓN O SINIESTRO

El Asegurado Principal, el Tomador o el Beneficiario, según corresponda, deberán dar aviso de la reclamación a la Compañía por medio del Formulario de Reclamación, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hayan conocido los hechos que den lugar a la reclamación, ya sea al número de teléfono (506) 2228-4850 o al correo electrónico: reclamos@adisa.cr. El Tomador, el Asegurado y los Beneficiarios deberán hacer todo lo que está a su alcance a fin de que la Compañía pueda investigar el Evento que produjo la reclamación.

a. PARA LA COBERTURA BÁSICA DE FALLECIMIENTO, LA COBERTURA ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL Y LA COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE ACCIDENTAL EN CONDICIONES ESPECIALES,

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Principales en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, los Beneficiarios o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Principal. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal;
4. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.

Si la Reclamación por Fallecimiento del Asegurado Principal se originó en un Accidente, el Beneficiario o su representante deberán presentar adicionalmente:

5. Original y una copia del acta de levantamiento del cadáver emitido por la autoridad competente;
6. Si el Asegurado Principal no falleció en el lugar del accidente, copia certificada del Historial Clínico del Asegurado desde el momento en que ocurrió el Accidente hasta el momento de su fallecimiento.

b. PARA LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS

En caso de Reclamación para Gastos Funerarios del Asegurado, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Beneficiario o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia de las facturas emitidas por la funeraria o empresa prestadora de los servicios funerarios, así como de otros servicios relacionados con el evento y que estén amparados por esta cobertura.
3. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente.

4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copias de los documentos de identificación de los Beneficiarios.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al cincuenta por ciento (50%) del valor de la Cobertura para Gastos Funerarios y hasta por un máximo de un máximo de dos mil dólares (US\$ 2.000) moneda de curso legal de los Estados Unidos con la sola presentación del Certificado de Defunción del Asegurado Principal y una carta de solicitud del adelanto firmada por un Beneficiario.. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o que el evento ocurrió dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

Esta cobertura es excluyente del Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica de Fallecimiento para Gastos Funerarios.

c. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio de Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado;
3. Original de la declaratoria de invalidez emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) o por la medicatura forense del poder judicial; de no ser posible la obtención de las pruebas antes mencionadas, para la evaluación de la invalidez se establecerá una junta médica conformada por un Médico nombrado por el Asegurado, un Médico nombrado por la Compañía y un tercer Médico especialista nombrado de común acuerdo entre el médico del Asegurado y el médico de la Compañía. Los Médicos de la mencionada junta deberán tener una especialidad acorde con la causa de la incapacidad y cumplir con la definición indicada en la Cláusula “DEFINICIONES”. Respecto de los honorarios profesionales, cada parte pagará lo correspondiente al Médico de su escogencia, y los honorarios del tercer Médico designado serán cancelados por partes iguales entre el Asegurado y la Compañía.
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total y Permanente del Asegurado Principal.

d. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO POR DESMEMBRAMIENTO POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de Reclamación para la obtención del Beneficio por Desmembramiento del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico que valoró la lesión del Asegurado Principal y determinó el Desmembramiento de la parte afectada, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado Principal;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
4. Copia certificada del Historial Clínico del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió dicho Accidente que originó el Desmembramiento del Asegurado Principal.

e. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO POR ENFERMEDAD TERMINAL

En caso de Reclamación para obtener el Beneficio por Enfermedad Terminal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico donde se indique claramente la enfermedad o padecimiento del Asegurado, la clase, nivel o estadio en que se encuentra la enfermedad y la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de la misma.
3. Original y copia del dictamen Médico donde se indique claramente la enfermedad o padecimiento del Asegurado junto con su concepto profesional sobre el estado de la enfermedad (en caso que aplique), la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del paciente Asegurado.
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.

f. PARA LA OBTENCIÓN DEL BENEFICIO DE ADELANTO DE LA SUMA ASEGURADA BÁSICA DE FALLECIMIENTO PARA GASTOS FUNERARIOS

En caso de Reclamación para el Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica de Fallecimiento para Gastos Funerarios, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Beneficiario, familiar interesado o su representante, durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Principal, los Beneficiarios podrán solicitar a la Compañía el pago de este Beneficio hasta por la suma máxima establecida en las Condiciones Particulares la cual no excederá los \$4000 (CUATRO MIL DÓLARES MONEDA DEL CURSO EL GAL DE LOS ESTADOS UNIDOS), con la sola presentación del Certificado de Defunción del Asegurado Principal y una carta de solicitud del adelanto firmada por un Beneficiario y/o familiar interesado debidamente comprobado mediante certificación del Tribunal Supremo de Elecciones. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios y/o familiares interesados, siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o que el evento ocurrió dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima.

Este Beneficio es excluyente de la Cobertura para Gastos Funerarios.

g. PARA LA COBERTURA ADICIONAL DE FALLECIMIENTO EXTENDIDA A LA FAMILIA

En caso de reclamación por Fallecimiento de uno de los Asegurados Dependientes en esta Póliza, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;

2. Original y copia del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente. En caso que el fallecimiento ocurra afuera de Costa Rica se deberá aportar acta de defunción certificada y legalizada por el Consulado correspondiente;
3. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Dependiente y su relación familiar con el Asegurado Principal.

Durante las veinticuatro (24) horas siguientes al fallecimiento del Asegurado Dependiente, el Asegurado Principal podrá solicitar a la Compañía un pago adelantado por una suma equivalente al veinte por ciento (20%) de la Suma Asegurada de esta Cobertura, para lo cual deberán presentar el original del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente fallecido. La Compañía pagará a los Beneficiarios este adelanto dentro de las veinticuatro horas (24) siguientes a la recepción de la solicitud de los Beneficiarios con la presentación del Original y una copia del Certificado de Defunción del Asegurado Dependiente, siempre y cuando la Prima correspondiente a la cobertura para el Asegurado Principal se encuentra efectivamente pagada por el Tomador o si el evento ocurrió dentro del Período de Gracia establecido para el pago de la Prima. La suma restante será pagada por la Compañía a los Beneficiarios una vez hayan completado satisfactoriamente el procedimiento establecido en este literal.

h. PARA LA COBERTURA DE RENTA MENSUAL POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL

En caso de Reclamación por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental del Asegurado Principal, con el fin de procesar el reclamo correspondiente, el Asegurado Principal o su representante deberán presentar, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de aviso la siguiente documentación en el domicilio de la Compañía:

1. Completar el formulario de Reclamación suministrado por la Compañía;
2. Original y copia del dictamen Médico decretándose la Incapacidad Total Temporal del Asegurado Principal, donde se indique claramente la sintomatología, diagnóstico y evolución cronológica de los padecimientos del Asegurado Principal;
3. Original de la valoración del porcentaje de incapacidad emitido por la Comisión Calificadora del Estado de Invalidez de la Caja Costarricense del Seguro Social de Costa Rica (CCSS);
4. Certificado original de Nacimiento u otro documento mediante el cual se acredite la fecha de nacimiento del Asegurado Principal.
5. Copia certificada del Historial Clínico completo del Asegurado Principal desde el momento en que ocurrió el Accidente que originó la Incapacidad Total Temporal del Asegurado Principal.
6. Certificación de Salario Líquido mensual emitido por el empleador.

Los Plazos indicados en esta cláusula los establece la Compañía para verificar las circunstancias del evento y orientar las acciones pertinentes para resolver el reclamo. Si el reclamo se presenta con posterioridad a este plazo, El Asegurado o el Beneficiario según sea el caso deberán presentar los mismos requisitos que se solicitan en esta Cláusula.

La Compañía tendrá un plazo de cinco (5) días naturales, a partir de la fecha de recepción de la documentación, para notificar al Beneficiario sobre el faltante de algún documento indicado en esta Cláusula. El Beneficiario tendrá quince (15) días naturales a partir de la notificación, para presentar la documentación que está pendiente. Sin perjuicio de lo anterior, el plazo que tendrá la Compañía para resolver cualquier reclamación de siniestro que se presente de conformidad con la presente cláusula, empezará a contar a partir del momento en que el interesado presente los requisitos que se establecen para cada Cobertura y Beneficio.

La Compañía tendrá el derecho a que un médico de su elección examine al Asegurado y acepte o rechace el dictamen médico aportado por el Asegurado y por consiguiente acepte o rechace el reclamo. Los

honorarios de este médico examinador serán pagados por la Compañía. En caso que la Compañía rechace el reclamo como consecuencia de dicho examen, el Asegurado podrá ejercer las acciones correspondientes de conformidad con la cláusula arbitral establecida en la presente Póliza.

En caso que el Asegurado o Beneficiarios estén en desacuerdo con el resultado de la revisión o tasación, si la hubiera, podrán solicitar la valoración por parte de un perito especialista en la materia, cuyos costos deberán ser cubiertos por el Asegurado o Beneficiario, según corresponda. En caso que no haya interés o no exista acuerdo entre las partes para realizar la valoración, las partes podrán acudir a los medios de solución de controversias establecido en la presente póliza.

Se conviene que en caso de Siniestro, de conformidad con la cobertura de esta Póliza, los pagos que falten para completar el importe de la prima total correspondiente al Asegurado fallecido, establecida en las Condiciones Particulares de la Póliza, se deducirán de la liquidación correspondiente.

Cláusula 30. VIGENCIA, MODIFICACIÓN Y PRÓRROGA DE LA PÓLIZA.

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares. Se entiende que esta Póliza es prorrogable de forma obligatoria para la Compañía por períodos iguales, salvo que el Tomador exprese por escrito lo contrario con al menos treinta (30) días de anticipación al vencimiento de la misma. La prórroga automática aplica en tanto se haya pagado la prima correspondiente en el plazo previsto. La eficacia de la cobertura para cada uno de los Asegurados que se incluyan durante la vigencia de la misma correrá a partir de la fecha de inclusión que conste en las solicitudes y certificados de seguros respectivos. El Asegurado que haya sido incorporado a la póliza, mantendrá dicha condición en las prórrogas subsecuentes, salvo mora individual en el pago de la prima, o por solicitud expresa de exclusión de su parte o del Tomador de la póliza.

La participación del Asegurado en el seguro colectivo lo es en carácter de tercero relevante, solo el tomador y el asegurador, como partes contractuales, pueden definir y acordar la terminación y modificación del contrato colectivo dentro del marco de ley. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados. La Compañía cooperará con el Tomador y será responsable de que todos los Asegurados sean notificados por cualquier medio autorizado por éstos.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto. En cualquier caso, la Compañía tendrá derecho a conservar la prima devengada por el plazo transcurrido y deberá rembolsar la prima no devengada.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Esta Póliza operará bajo la base de la ocurrencia del Siniestro, de manera que, cubrirá únicamente reclamos por Siniestros acaecidos durante su período de vigencia, aún si el reclamo se presenta después de terminada la vigencia de la misma, pero siempre de conformidad con las condiciones de la Póliza. El Asegurado o sus Beneficiarios deben informar su domicilio a la Compañía para que ésta, llegado el caso, les notifique las decisiones señaladas en el párrafo precedente.

Cláusula 31. VIGENCIA PARA CADA ASEGURADO

Las personas que ingresen a la Póliza en un momento posterior al inicio de vigencia de la Póliza, podrán ser incorporadas, cubriendo la Compañía el riesgo objeto de cobertura, únicamente a partir de la fecha de su aceptación, previo cumplimiento a satisfacción de la Compañía de los requisitos de elegibilidad establecidos en la presente Póliza. La fecha en la que termina la cobertura para estos Asegurados no podrá ser superior a la fecha de expiración de la Póliza.

EN CASO QUE LA PÓLIZA NO FUERE PRÓRROGADA POR EL TOMADOR O EL ASEGURADO, LA COMPAÑÍA SERÁ RESPONSABLE SÓLO POR AQUELLOS SINIESTROS OCURRIDOS MIENTRAS LA COBERTURA ESTUVO VIGENTE PARA CADA ASEGURADO.

Cláusula 32. TERMINACIÓN ANTICIPADA DE LA PÓLIZA

Esta Póliza podrá ser terminada anticipadamente por alguna de las siguientes causas:

- a) A Solicitud expresa y por escrito del Tomador del seguro con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación. En caso que el Tomador solicite la terminación anticipada de la póliza, se le deberá informar al Asegurado con al menos cuarenta y cinco días de antelación.
- b) En caso que el Tomador no efectúe el pago de la Prima dentro del Período de Gracia antes indicado, la Compañía dará por terminada de forma anticipada la Póliza y procederá a notificar dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de Terminación Anticipada de la Póliza, estas serán devueltas al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la Terminación Anticipada de la Póliza.

Cláusula 33. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO

La cobertura terminará para cada Asegurado automáticamente en el momento que:

1. Cese la condición que lo hace ser parte del Grupo Asegurable;
2. Fallezca dicho Asegurado;
3. En caso que el Tomador y/o el Asegurado, según corresponda, no efectúe el pago de la Prima dentro del Período de Gracia antes indicado, la Compañía dará por terminada de forma anticipada la Póliza y procederá a notificar dicha decisión al Tomador y al Asegurado dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al último día del Período de Gracia, o en su defecto, procederá según lo que establece el inciso b) del artículo 37 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.
4. El Contratante o Tomador solicite la baja del Asegurado.
5. En caso que el Asegurado deje de desempeñar de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión, actividad u oficio habitual en virtud de acogerse a una pensión por invalidez o vejez de la Caja Costarricense del Seguro Social y/o un sistema de pensiones similar, las coberturas y beneficios adicionales de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental e Incapacidad Total y Permanente terminarán de forma automática. Las demás coberturas y beneficios continuarán siempre y cuando se pague la Prima determinada de conformidad con la Tabla de Tarifas.

En el caso que existan primas no devengadas a la fecha de la terminación de la cobertura, estas serán devueltas al Contratante o Asegurado, según corresponda, en el plazo de diez (10) días naturales, contados a partir de la fecha de Terminación Anticipada de la Cobertura.

Cláusula 34. CONDICIONES VARIAS

Cláusula 35. CLASE DE SEGURO Y MODALIDAD DE CONTRATACIÓN

Este contrato es un seguro es colectivo de vida, con coberturas y beneficios adicionales, que podrá contratarlas exclusivamente el Tomador a su sola discreción bajo las siguientes modalidades:

- a) Contributiva: Es la modalidad en la que el Asegurado contribuye con parte o la totalidad de la Prima.

No Contributiva: Es la modalidad en la que el Tomador paga la totalidad de la Prima.

Cláusula 36. ACEPTACIÓN DE RIESGO

Se considera aceptado el riesgo y el correspondiente inicio de vigencia de la Póliza cuando la Aseguradora lo manifieste en forma expresa y por escrito, o bien mediante la entrega de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza, de igual forma:

- a) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros, que actúe por nombre y cuenta de la Compañía acepte el riesgo en forma expresa y por escrito, se entenderá por aceptado por parte de la Aseguradora, momento en el que dará inicio la vigencia de la Póliza.
- b) Cuando un Agente de Seguros o una Sociedad Agencia de Seguros que actúa sólo por cuenta de la Aseguradora, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia del Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.
- c) Cuando un Corredor de Seguros o una Sociedad Corredora de Seguros actúe como intermediario, sólo se tendrá por aceptado el riesgo por parte de la Aseguradora y el inicio de la vigencia Póliza cuando exista una manifestación de forma expresa y por escrito por parte de la Compañía o bien mediante la entrega al Tomador de la Factura y su correspondiente Registro de Asegurados de la Póliza.

Cláusula 37. ELEGIBILIDAD

Para la cobertura principal de Fallecimiento y las coberturas y beneficios adicionales de Muerte Accidental, Muerte Accidental en Condiciones Especiales, Gastos Funerarios, Fallecimiento Extendida a la Familia, Desmembramiento por Causa Accidental y Enfermedad Terminal son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que formen parte del Grupo Asegurable según se define en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Para todas las demás coberturas y beneficios adicionales, son elegibles para ser Asegurados, aquellas personas que reúnan el requisito de elegibilidad anterior y adicionalmente que se encuentren desempeñando de forma lucrativa, de remuneración o provecho, su profesión actividad u oficio habitual y no tener en trámite de pago ni estar recibiendo pago de prestaciones en dinero en virtud de una pensión por invalidez, vejez o incapacidad de la Caja Costarricense del Seguros Social y/o un sistema de pensiones similar.

En el caso específico de la Cobertura Extendida a la Familia, son elegibles para ser Asegurados Dependientes el cónyuge o conviviente o compañera(o) del Asegurado cuya edad no sea menor a diez y ocho (18) años ni mayor a sesenta y cinco (65) años, y los hijos de los Asegurados Principales cuya edad no sea menor a treinta (30) días de nacido ni mayor a veintitrés (23) años y siempre que sean dependientes económicamente del Asegurado Principal. En caso que los Asegurados Dependientes no cumplan con los rangos de edad antes indicadas, tendrán derecho a acceder -en condición de Asegurados Principales- bajo la misma póliza.

Cláusula 38. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Toda persona que pertenezca al Grupo Asegurable y desee formar parte del Grupo Asegurado deberá presentar debidamente diligenciado, por medio del Tomador, el formulario de Solicitud de Inclusión como Asegurado el cual incluye la autorización de que en caso de muerte autoriza a la Caja de Seguro Social, o a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a Aseguradora del Istmo (ADISA) S.A. información sobre sus antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de su historial clínico y cumplir con los requisitos de elegibilidad antes indicados.

La Compañía dentro de un plazo de treinta (30) días naturales a partir de la fecha de recepción de la Solicitud de Inclusión como Asegurado, aceptará o rechazará dicha solicitud.

Si la solicitud es aceptada, la Compañía incluirá al Asegurado en el Registro de Asegurados y generará el Certificado Individual de Cobertura correspondiente. El Asegurado quedará amparado a partir del momento en que haya sido aceptada la solicitud. El Tomador deberá realizar el pago de la Prima correspondiente a dicha inclusión dentro del Período de Gracia antes indicado.

Cláusula 39. REPORTES DE ASEGURADOS CON MOTIVO DE PRÓRROGA.

En caso de prórroga, la Compañía entregará al Tomador del seguro un reporte completo de asegurados, indicando para cada uno el detalle de coberturas y montos amparados, en un plazo máximo a treinta (30) días naturales previos a la fecha de finalización de la póliza.

El Tomador del seguro deberá revisar dicho listado y validar en el plazo acordado entre las partes e indicado en las Condiciones Particulares, la información aportada, debiendo comunicar cualquier diferencia presentada a la Compañía.

Es responsabilidad del Tomador el fiel cumplimiento de las condiciones de esta póliza.

Cláusula 40. REGISTRO DE ASEGURADOS

Conforme a la información suministrada por el Tomador o Contratante, la Compañía llevará un registro de Asegurados Principales en el que deberá constar el nombre, edad, número y tipo de identificación, Suma Asegurada, fechas de ingreso y egreso de cada Asegurado, coberturas, sumas aseguradas por cobertura, beneficios, suma asegurada por beneficio en la Póliza, así como el número de Certificado Individual de Coberturas que le corresponde.

El Contratante será responsable de enviar, dentro de los diez (10) primeros días naturales siguientes al último día del mes, el Reporte de Asegurados con la siguiente información:

- a) La lista de los nuevos ingresos al Grupo Asegurado, remitiendo las respectivas Solicitudes de Inclusión como Asegurados, en las que se deberá incluir el nombre completo, número y tipo de identificación del Asegurado, ocupación, fecha de nacimiento, Suma Asegurada y Beneficiarios,
- b) La lista de los Asegurados para los cuales el Contratante ha solicitado la baja definitiva del Grupo Asegurado y por ende la terminación de la cobertura para dichos Asegurados.

Cláusula 41. AJUSTE DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

a. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarificación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%
Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

b. Ajuste por Siniestralidad:

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia.

Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarificación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de quince (15) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

Cláusula 42. NULIDAD DE LA PÓLIZA

Esta Póliza será relativa o absolutamente nula, según corresponda, si se determina que se han declarado de manera falsa o inexacta, hechos o circunstancias conocidas como tales por parte del Asegurado, el Contratante, o sus representantes, en el suministro de la información relevante al riesgo y que hubieran podido influir de manera directa en la apreciación del riesgo o condiciones de la Póliza, o retraer a la Compañía de aceptar el riesgo o emitir la Póliza en las condiciones actuales. De acuerdo a la naturaleza colectiva de la Póliza, la nulidad se podrá aplicar independientemente para cada Asegurado de la Póliza. Si la falsedad, inexactitud o reticencia es intencional, la Compañía tiene derecho a retener las primas pagadas hasta el momento en que tuvo conocimiento del vicio; si la falsedad, inexactitud o reticencia no son intencionales, se podrá proceder según lo que indica el artículo 32 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros.

Cláusula 43. RECTIFICACIÓN

Si al emitirse el seguro, el contenido de la Póliza no reflejara las condiciones ofrecidas, el Tomador del seguro podrá solicitar la rectificación o la anulación en un plazo no mayor de treinta (30) días naturales después de su recepción; Si el Asegurado no solicita la rectificación o anulación en dicho plazo, caducará su derecho y se tendrá por aceptado lo que indica la Póliza. En caso que el Asegurado ejerza el derecho de anulación en el plazo indicado, la Compañía devolverá la Prima en un plazo no mayor de diez (10) días naturales.

Cláusula 44. COMUNICACIONES EN CASO DE MODIFICACIÓN Y TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

Cualquier cambio a las condiciones de esta póliza debe constar por escrito, en idioma español y aceptado por las partes. En ese sentido, en caso de que el Tomador y la Compañía acuerden modificaciones, estas deben ser informadas a los Asegurados con al menos treinta (30) días naturales de previo a la entrada en vigor de alguna variación en las condiciones particulares, a efectos de que sus intereses no se vean afectados.

De la misma manera, durante la vigencia de esta póliza, el Tomador podrá darla por terminada en forma anticipada, sin responsabilidad, dando aviso a la Compañía con al menos sesenta (60) días naturales de anticipación a la fecha de eficacia del acto.

La Compañía se obliga a notificar con al menos cuarenta y cinco (45) días naturales al Asegurado y a sus Beneficiarios, según corresponda, cualquier decisión que tenga por objeto rescindir o nulificar el contrato de seguro, a fin de que estén en posibilidad de hacer valer las acciones conducentes a la salvaguarda de sus intereses.

Toda notificación y/comunicación deberá ser comunicados al Asegurado en la dirección o medio que haya señalado para atender notificaciones, según lo dispuesto en la cláusula de Comunicaciones y Notificaciones.

Cláusula 45. COMISIÓN DE COBRO PARA EL TOMADOR

En caso de haberse contratado el seguro bajo la Modalidad CONTRIBUTIVA, la Compañía podrá reconocer al Tomador, un porcentaje de comisión por gestión de cobro que se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza. El porcentaje de comisión que LA ASEGURADORA reconozca al Tomador bajo esta cláusula incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Tomador en virtud de la gestión de cobro de la Póliza, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro.

Cláusula 46. COMISIÓN DE INTERMEDIACIÓN

La Compañía previa negociación con el Intermediario según corresponda, podrá reconocer al Intermediario una comisión de intermediación como contraprestación por la comercialización e intermediación esta Póliza la cual se especificará en las Condiciones Particulares de esta Póliza e incluye el reconocimiento de todos los costos incurridos por el Intermediario, incluyendo los costos indirectos que puedan generarse por los casos de personas que decidan optar por otro seguro. En caso que proceda la comisión de intermediación, la misma estará incluida en la prima indicada en las Condiciones Particulares y Certificado de Seguro.

Cláusula 47. RECTIFICACIÓN DE LA EDAD

Si la Edad de un Asegurado bajo esta Póliza se especifica erróneamente, habrá un ajuste equitativo de primas bajo la Póliza. La cobertura del Asegurado bajo la presente Póliza no será cambiada si las cantidades aplicables a los Asegurados individuales bajo cada cobertura no depende de la edad; en caso que el cambio de la edad afecte la cobertura del seguro del Asegurado, las cantidades serán enmendadas de conformidad y dicha enmienda se tomará en cuenta en el ajuste de primas.

Cláusula 48. MONEDA Y TIPO DE CAMBIO

Todos los valores de la Póliza se expresan en Dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América. El Tomador podrá pagar la Prima en moneda nacional según el tipo de cambio de referencia para la venta fijado por el Banco Central de Costa Rica vigente del día de pago. Toda indemnización se realizará en dólares moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

Cláusula 49. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

TODA LA INFORMACION QUE SEA SUMINISTRADA A LA COMPAÑÍA TANTO POR EL TOMADOR COMO POR EL ASEGURADO SERÁ DE CARÁCTER CONFIDENCIAL Y NO PODRÁ SER REVELADA A TERCEROS, SALVO AUTORIZACIÓN ESCRITA POR PARTE DEL ASEGURADO EN LO QUE REFIERE A SU INFORMACIÓN, O ANTE REQUERIMIENTO DE LA AUTORIDAD COMPETENTE.

Cláusula 50. TRASPASO O CESIÓN

La Compañía no reconocerá traspaso o cesión alguna que de sus derechos sobre el seguro haga el Asegurado o el Tomador.

Cláusula 51. PRESCRIPCIÓN

Las obligaciones de la Compañía prescriben en el plazo de cuatro (4) años computados desde que las mismas son exigibles.

Cláusula 52. LEGISLACIÓN APLICABLE

En todo lo que no esté previsto en esta Póliza se aplicarán las estipulaciones contenidas en la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653 del 7 de agosto de 2008, l Ley Reguladora del Contrato de Seguros N° 8956 del 12 de septiembre de 2011 y sus reformas, el Código Civil y el Código de Comercio, así como otras leyes que sean aplicables, sus reformas, reglamentos y otras disposiciones legales y vigentes en la República de Costa Rica.

Cláusula 53. PLAZO DE RESOLUCIÓN

La Compañía, de conformidad con el artículo 4 de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N°8653, se compromete a resolver las reclamaciones que le presenten en un plazo de treinta (30) días naturales, contados a partir del momento en que el Tomador presente todos los requisitos necesarios para decidir la procedencia del reclamo, según se establece en la Cláusula “PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACION O SINIESTRO”.

Cláusula 54. IMPUGNACIÓN DE RESOLUCIÓN

Le corresponde a la Compañía resolver las impugnaciones que presenten en las oficinas de la misma, ya sea el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes, en un plazo no mayor de 30 días naturales a partir de la fecha de recibo de dicha impugnación.

En caso que sea aplicable, se entiende que el Tomador, los Beneficiarios o sus representantes podrán presentar las impugnaciones en las oficinas del Agente de Seguros, de la Sociedad Agencia de Seguros que actúe por nombre y cuenta de la Compañía, que hayan actuado como intermediarios en la comercialización de dicha Póliza.

Cláusula 55. CONTROVERSIAS

En caso de diferencias, conflictos o disputas relacionadas con la ejecución, incumplimiento, interpretación o cualquier otro aspecto derivado del presente contrato, Las Partes, Asegurado y/o Beneficiarios, serán sometidas a un arbitraje de derecho de conformidad con los Reglamentos de Conciliación y Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, a cuyas normas las partes se someten en forma voluntaria e incondicional. El proceso se dilucidará de acuerdo con la legislación costarricense, siendo el lugar del arbitraje el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El arbitraje será resuelto por un tribunal arbitral conformado por tres árbitros. Cada parte designará un árbitro y estos dos árbitros designarán al tercero quien fungirá como Presidente del tribunal arbitral. El laudo arbitral se dictará por escrito, será definitivo y vinculante para las partes e inapelable, salvo recurso de revisión o de nulidad. Una vez que el laudo se haya dictado y haya adquirido firmeza, producirá los efectos de cosa juzgada material y las partes deberán cumplirlo sin demora. Los gastos relacionados con el proceso de arbitraje, incluyendo los honorarios de los árbitros, los asumirán las partes en igual proporción. Cada una de las partes cubrirá los honorarios de sus abogados y asesores. Los procesos y su contenido serán absolutamente confidenciales.

Cláusula 56. INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000
- Correo electrónico: gestiones@adisa.cr
- Sitio web: <https://adisa.cr/>

Cláusula 57. COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES

El lugar y/o medio que será efectivo para comunicaciones y notificaciones será el que fije el Tomador o Asegurado en la Solicitud de Seguro, según sea el caso, el cual estará expresamente indicado en las Condiciones Particulares. Dicho lugar o medio debe permitir y garantizar la seguridad del acto de comunicación y existir evidencia de acuse de recibo o entrega de dicha información, tal como pero no limitado a fax, correo electrónico o correo certificado. Cuando existan modificaciones en dicho lugar y/o medio domicilio, estas deberán ser notificadas por escrito a la Compañía quien confirmará la recepción de tal cambio y registrará el nuevo lugar y/o medio en las Condiciones Particulares de la Póliza por medio de Addendum.

“SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES”

CONDICIONES GENERALES



En caso que no se haya fijado un lugar o medio para recibir las notificaciones y comunicaciones o en el indicado no proceda la notificación, la Compañía procederá de conformidad con lo establecido en la Ley No. 8687, de Notificaciones Judiciales y demás legislación aplicable.

Las comunicaciones del Contratante o Asegurado a la Compañía que se refieran a esta Póliza, cualesquiera que éstas sean, para que surtan efecto deberán ser por escrito y recibidas en sus oficinas en Trejos Montealegre, Escazú, ubicadas 400 metros al oeste de Tony Romas de Escazú, Edificio Banco General 4to piso.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P14-26-A07-245 de fecha 31 de marzo de 2011.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES

Registro en SUGESE número P14-26-A07-245

Este documento contiene un resumen de las principales coberturas, exclusiones, carencias, límites y sublímites, por lo tanto, **No** contiene todas las condiciones del contrato, las cuales se podrán consultar en su totalidad en el enlace <https://adisa.cr/>.

1. INFORMACIÓN Y ASESORÍA EN RELACIÓN CON LA PÓLIZA COLECTIVA

Como Asegurado, usted tiene derecho a exigir en cualquier momento a la aseguradora, copia de las Condiciones Generales de esta póliza colectiva, sus modificaciones y adiciones, para ello la Aseguradora tiene a disposición de los Asegurados los siguientes medios de contacto a través de los cuales podrán obtener información y asesoría respecto a esta póliza colectiva, así como revisar toda la documentación contractual y plantear consultas, a través de los siguientes medios:

- Teléfono: (+506) 4101-0000
- Correo electrónico: gestiones@adisa.cr
- Sitio web: <https://adisa.cr/>

2. COBERTURAS

I. COBERTURA BÁSICA:

A. Cobertura Básica de Fallecimiento.

II. COBERTURAS Y BENEFICIOS OPCIONALES

- Cobertura Adicional por Muerte Accidental;
- Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales;
- Cobertura Adicional para Gastos Funerarios;
- Cobertura Adicional de Renta Mensual por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental;
- Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia;
- Beneficio por Incapacidad Total y Permanente;
- Beneficio por Desmembramiento por Causa Accidental;
- Beneficio por Enfermedad Terminal
- Beneficio de Adelanto de la Suma Asegurada Básica de Fallecimiento para Gastos Funerarios.

3. EXCLUSIONES

La Cobertura Básica de Fallecimiento, la Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y la Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia de esta Póliza de Seguro **NO TIENEN** exclusiones.

Para las siguientes coberturas de la presente Póliza: Cobertura Adicional por Muerte Accidental, Cobertura Adicional por Muerte Accidental en Condiciones Especiales, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el siniestro fuere causado por o durante:

- Suicidio, o Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- Terremoto, erupción volcánica, marejada, inundación o huracán, declarados oficialmente como de carácter catastrófico.
- Ejecución del Asegurado en cumplimiento de condena a pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo, en calidad de autor o cómplice;
- Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o

hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.

- t. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
- u. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- v. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- w. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- x. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
- y. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;
- z. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;
- aa. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- bb. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitadamente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.

Para las siguientes coberturas de la presente póliza: Cobertura Adicional De Renta Mensual Por Incapacidad Total Temporal por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Incapacidad Total Y Permanente, Beneficio Adicional por Desmembramiento por Causa Accidental, Beneficio Adicional por Enfermedad Terminal, se establecen como exclusiones las reclamaciones cuando el Siniestro haya sido caudado por o durante:

- n. Intento de Suicidio, Actos de Automutilación o Lesión inferida por el Asegurado o al Asegurado por terceros con su consentimiento, cualquiera que sea la época en que ocurra, ya sea en pleno uso de sus facultades mentales o no.
- o. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno.
- p. Acciones de guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, o actos de terrorismo, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín, huelga, riña o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- q. Acciones de fisión o fusión nuclear, contaminación radioactiva y guerra bacteriológica.
- r. La participación del Asegurado en experimentos biológicos o farmacéuticos;
- s. Acciones realizadas por el Asegurado bajo los efectos del alcohol, drogas no medicadas o estupefacientes.
- t. Sobre exposición al sol o al uso de lámparas de bronceado.
- u. Intervenciones quirúrgicas de orden estético o abortos de cualquier tipo.
- v. La realización o participación en una de las siguientes actividades o deportes: manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, competencias o entrenamientos de velocidad o habilidad en autos, motos, o lanchas, justas hípicas, toreo, surfing o deslizamiento en tabla sobre las olas marinas, esquí acuático o de nieve;
- w. La Prestación de sus servicios a las fuerzas de policía, fuerzas armadas, cuerpos militares o paramilitares de cualquier país, organismo internacional en cualquier región del mundo;

- x. La práctica o utilización de la aviación privada o militar, salvo como pasajero autorizado en una línea aérea comercial o de servicio chárter autorizado;
- y. Cualquier padecimiento, problema de salud, condición física o mental, enfermedad, patología, incapacidad, lesión, dolencia preexistente que afecte al Asegurado, sobre la cual razonablemente sus conocimientos y capacidad de entendimiento le permitan conocer indubitablemente en el momento de la suscripción de la solicitud de inclusión; así mismo, la que le haya sido diagnosticada, o que esté siendo investigada o en proceso de estudio de diagnóstico con anterioridad a la fecha de la suscripción de la solicitud de incorporación del Asegurado a la Póliza.
- z. Las siguientes enfermedades propias de la Persona Adulto Mayor y que como tal sean diagnosticadas en el asegurado después de haber cumplido los sesenta y cinco (65) años: afectaciones del sistema nervioso, meningitis, encefalitis, atrofas, esclerosis, epilepsia, neuropatías, derrame (AVC), parálisis cerebral, hemiplejía, cuadriplejía y paraplejía, hidrocefalos, enfermedad de Alzheimer, artritis, artrosis, trastornos en disco cervical, trastornos en músculos y tendones, trastornos en la densidad y estructura ósea, osteopatías, enfermedad de cualquier tipo en la córnea o la retina, en el nervio óptico, o en las vías ópticas, alteraciones de la visión y ceguera, cataratas, glaucoma o refracción; enfermedades del oído y de la apófisis mastoides, oído externo, medio, medio y mastoides, oído interno, hipoacusia conductiva y neurosensorial, otorrea; enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, de la glándula tiroides, diabetes, desnutrición, deficiencias nutricionales, obesidad e hiperalimentación, trastornos metabólicos; enfermedades del sistema respiratorio, enfermedades del sistema digestivo, piel y tejido cutáneo, genitourinario, distrofia, meningitis y diabetes melitus, cardiopatías, demencia por multiinfarto o la Corea de Huntington e hipertensión.

DE OCURRIR EL FALLECIMIENTO, DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD O DESMEMBRAMIENTO POR ALGUNO DE LOS HECHOS O CIRCUNSTANCIAS ANTES SEÑALADAS, SE ENTENDERÁ QUE NO EXISTE COBERTURA, Y POR ENDE SE PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA DICHO ASEGURADO, NO EXISTIENDO OBLIGACIÓN DE INDEMNIZACIÓN ALGUNA POR PARTE DE LA COMPAÑÍA. CONFORME A LO ANTERIOR, Y POR SU NATURALEZA COLECTIVA, ESTA PÓLIZA SEGUIRÁ VIGENTE PARA TODOS LOS EFECTOS CON RESPECTO A LOS DEMÁS ASEGURADOS QUE FORMAN PARTE DEL GRUPO ASEGURADO.

4. AJUSTES DE PRIMA CON MOTIVO DE PRÓRROGA

Cumplido el primer año de vigencia de la Póliza y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá modificar la tarifa aplicable. Dicho ajuste a la tabla de tarifas se realizará en función de: a) Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado, y b) Ajuste por Siniestralidad:

a. Ajuste por Grupo Etario al que pertenezca el Asegurado:

Al momento de la prórroga, la Prima se ajustará siguiendo el proceso de retarifación según el grupo etario al cual pertenezca el Asegurado a la fecha de la prórroga. Tal determinación se hará según la fecha de nacimiento del Asegurado indicada en el Certificado Individual de Cobertura. La Compañía podrá ajustar el valor de la Prima cuando el Asegurado supere el grupo etario, según se muestra a continuación:

Grupo Etario por rango de edad del Asegurado	Ajuste porcentual máximo sobre la prima del Grupo Etario anterior
Entre 18 y 65	30%

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



Entre 66 y 75	40%
Entre 76 y 85	250%
Más de 86	300%

b. Ajuste por Siniestralidad:

Basado en la prima pagada por el Contratante, y de previo a cada prórroga, la Compañía podrá variar la tarifa indicada en Condiciones Particulares mediante un análisis del resultado de la siniestralidad del periodo del último año. La siniestralidad se define como el ratio entre los siniestros netos incurridos del último año y las primas netas pagadas del último año.

Los siniestros incurridos serán: Siniestros pagados del último año más los siniestros pendientes reportados a fin de vigencia, menos los siniestros pendientes reportados al inicio de la vigencia. Dependiendo del resultado del índice de siniestralidad, se procederá a incluir un recargo de las primas calculadas para la próxima prórroga después del proceso de re-tarifación (Ajuste por cambio de Edad, ocupación, Incapacidad o cualquier otra variable que modifique las condiciones iniciales del riesgo).

El recargo será de conformidad con la siguiente tabla:

Rango de índice de siniestralidad	Porcentaje de Recargo
Menos del 40%	0%
Más de 40% hasta 50%	5%
Más de 50% hasta 60%	20%
Más de 60% hasta 75%	40%
Más 75%	100%

La tarifa resultante después de aplicar el ajuste en función de la siniestralidad será aplicada a todo el Grupo Asegurado.

En caso de que proceda el ajuste por cualquiera de los supuestos indicados según corresponda, y previa determinación y análisis de la Compañía, esta dará aviso escrito al Tomador con al menos sesenta (60) días naturales de antelación a la fecha de vencimiento de la Póliza. Una vez que el Tomador reciba la notificación de modificación de la tarifa, éste podrá solicitar la rectificación o terminación de la Póliza en un plazo no mayor de quince (15) días naturales después de haber recibido la notificación de la Compañía. En caso que no solicite la rectificación o terminación de la Póliza, se considerará que el Tomador ha aceptado la modificación de la Tarifa del Seguro. Sin perjuicio de lo anterior, cualquier modificación en la tarifa del seguro, deberá notificarse al Asegurado con al menos treinta (30) días naturales previo a la entrada en vigencia de dicha modificación.

6. PLAZOS DE DISPUTABILIDAD

El período para alegar la disputabilidad de esta Póliza, por Asegurado, será de dos (2) años, contados a partir de la fecha de inclusión del respectivo Asegurado en la Póliza.

El derecho de la Compañía de disputar la Póliza se mantendrá por igual período a partir de la vigencia de cualquier aumento de Suma Asegurada, en lo que respecta a dicho aumento.

7. PERIODO DE CARENCIA

El Período de Carencia aplica exclusivamente para la Cobertura Básica de Fallecimiento, Cobertura Adicional para Gastos Funerarios y Cobertura Adicional de Fallecimiento Extendida a la Familia.

"SEGURO COLECTIVO DE VIDA PLATINUM EN DÓLARES"

CONDICIONES GENERALES



c. Suicidio

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado se suicida durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, sea que estuviere o no en el pleno uso de sus facultades mentales al momento del suceso, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

d. SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de su inclusión en la Póliza, la Compañía no amparará la reclamación.

Si un Asegurado fallece a causa de SIDA, Infección Oportunista o Neoplasma Maligno durante los dos (2) años posteriores a la fecha de aumento de la Suma Asegurada, la Compañía no amparará la reclamación con respecto al aumento de la Suma Asegurada.

8. VIGENCIA Y PRÓRROGA

La Vigencia de la presente Póliza será por un período de un año que iniciará y terminará a las doce horas (12:00) en las fechas indicadas en las Condiciones Particulares. De conformidad con el artículo 14 de la Ley Reguladora del Contrato de Seguros, la prórroga del contrato es obligatoria para el Asegurador en tanto se cancele la prima determinada técnicamente, según las condiciones pactadas en dicha póliza. Por tal motivo, los términos y condiciones de la póliza, salvo las que se negocien para los nuevos asegurados, no sufrirán modificación distinta de los ajustes automáticos contemplados en la misma.

Recuerde que los demás documentos de la póliza pueden incluir aspectos adicionales que son aplicables a su contrato.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros N° 8653, bajo el registro N° P14-26-A07-245 de fecha 31 de marzo de 2011